



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto di Istruzione Superiore "Leonardo da Vinci - Ripamonti"

via Belvedere, 18 - 22100 Como - tel. 031 520745

sito web: [https:// www.davinciripamonti.edu.it](https://www.davinciripamonti.edu.it)



**MODULO DI RICHIESTA PER IL RILASCIO GRATUITO DI CERTIFICATO MEDICO
IN AMBITO SCOLASTICO**

Ai sensi del D.M dell'8 agosto 2014 recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica" nonché dei punti a) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015

La sottoscritta Gaetana Filosa

in qualità di Dirigente scolastico dell' IIS L.Da Vinci Ripamonti

CHIEDE

che l'alunno _____

nato il _____

frequentante la classe _____

venga sottoposto al controllo sanitario gratuito , nonché ai citati D.M. per la pratica nell'ambito scolastico di **attività sportive non agonistiche** relative a

(a] ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:

alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario Educazione Fisica

(c] GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:

coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quelle nazionali, compresa la fase d'Istituto

Data, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(timbro e firma)
